

وضعیت سلامت سالمندان استان آذربایجان شرقی: یک مطالعه‌ی مقطعی

پریسا طاهری تنجانی^۱، مهدی ورمقانی^۲، ندا نظری^۳، فرشاد شریفی^{۳*}، حسین فخرزاده^۲، سیدمسعود ارزاقی^۲، مهتاب علیزاده خوئی^۲، محمد اسماعیل مطلق^۴، مهدی ابراهیمی^۵

چکیده

مقدمه: سالمندان از گروه‌های سنی هستند که بیشترین نیاز را به دریافت خدمات سلامت دارند. برنامه‌ریزی برای ارائه‌ی خدمات در سطح کشوری و منطقه‌ای نیازمند اطلاعات در خصوص وضعیت سلامت سالمندان است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت سالمندان استان آذربایجان شرقی انجام شده است.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مقطعی، از ۱۹ شهرستان این استان به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی متناسب، تعداد ۴۳۶ نفر (۱۸۰ نفر مرد و ۲۵۸ نفر زن) سالمند ۶۰ سال و بالاتر انتخاب شدند. اطلاعات به وسیله یک پرسشنامه‌ی دموگرافیک، اندازه‌گیرهای آنترپومتریک، اندازه‌گیری فشار خون و تکمیل پرسشنامه‌های "بررسی مختصر وضعیت تغذیه"، "مقیاس افسردگی سالمندان ۱۵ سؤال"، وضعیت عملکرد روزمره زندگی و "عملکرد روزانه‌ی مرتبط با وسایل" جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت کننده ۶۹/۳۱ سال بود. شیوع خود-اظهاری دیابت ۳۴/۲٪ بود. شیوع پرفشاری خون در سالمندان ۵۲/۵ درصد یافت شد. درد شایع‌ترین شکایت شرکت کنندگان بود (۶۰/۹٪). در راه رفتن مشکل داشتند. ۴۴/۳٪ مشکل بینایی و ۲۶/۴٪ از مشکل شنوایی رنج می‌بردند و در ۴۴/۸٪ اختلال خواب یافت شد. همچنین ۲۶٪ از شرکت کنندگان دارای خلق افسرده بودند.

نتیجه‌گیری: سالمندان استان آذربایجان شرقی، احتمالاً وضعیت سلامت بهتری نسبت به میانگین سالمندان ایرانی دارند اما پرفشاری خون و دیابت، در بین سالمندان این استان شیوع بالایی دارد که نیازمند توجه بیشتری است.

واژگان کلیدی: سالمند، استان آذربایجان شرقی، وضعیت سلامت

۱- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، پژوهشکده‌ی علوم جمعیتی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۵- مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

***نشانی:** تهران، خیابان جلال آل احمد پلاک ۱۰ پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، طبقه‌ی اول مرکز تحقیقات سلامت سالمندان. تلفن:

۰۸۵۲۲۰۸۸، نشانی پست الکترونیک: farshad.sharifi@gmail.com

مقدمه

بهبود شرایط زندگی و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی سبب افزایش طول عمر و امید به زندگی گردیده است. این بهبود شاخص‌های سلامت، افزایش نسبت سالمندان را در جوامع به دنبال داشته است. علاوه بر افزایش سن امید به زندگی، کاهش میزان باروری نیز یکی از مهم‌ترین دلایل افزایش سالمندی جمعیت در کشور است.

براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰، درصد جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر برابر با ۸/۲۶ درصد می‌باشد که نسبت به آخرین سرشماری کشوری که در سال ۱۳۸۵ انجام شده است و درصد جمعیت افراد سالمند را ۷/۲۷ درصد گزارش کرده است تقریباً یک درصد افزایش داشته است [۱]. استان آذربایجان شرقی ۴/۹۵ درصد از جمعیت کل کشور را و ۵/۱۲ درصد خانوارهای کل کشور را به خود اختصاص داده است و نرخ رشد جمعیت در آن ۱/۰۳ می‌باشد که از متوسط رشد جمعیت کشوری (۱/۳) پایین‌تر است و از لحاظ ترکیب جمعیت سالمندی در رتبه‌ی چهارم کشور و بعد از استان‌های گیلان، مرکزی و مازندران قرار دارد [۲، ۳] و این امر می‌تواند زنگ خطر را برای ترکیب جمعیتی این استان به صدا درآورد. همچنین جمعیت سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر در این استان ۹/۷ درصد از کل جمعیت را تشکیل می‌دهد که از متوسط درصد جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال کل کشور بالاتر می‌باشد.

در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶ بار بیماری‌ها در مردان بیشتر از زنان بود که تقریباً ۶۰ درصد آن در اثر ابتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های حاصله بود. از نظر طبقه‌بندی کلی بیماری‌ها، بیشترین بار ایجاد شده در اثر بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری و حوادث غیر عمدی بوده است. بیشترین سال‌های از دست رفته زندگی در اثر بیماری‌های ایسکمیک قلبی در گروه سنی ۷۹-۷۰ ساله (۱۴/۸۶ درصد) و گروه سنی ۷۹-۷۵ ساله (۱۳/۶۸ درصد) بوده است [۴].

مطالعه‌ی سیمای سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران [۵] یک مطالعه بر پایه‌ی جامعه است که در سال ۱۳۹۰ توسط

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به منظور برآوردی از وضعیت و نیازهای سلامت در سالمندان ۶۰ سال و بالاتر انجام شد. این مطالعه در ۵ استان در چهار گوشه‌ی جغرافیایی و یک استان در مرکز ایران انجام شده است. یکی از استان‌های مورد نظر در این مطالعه استان آذربایجان شرقی است. براساس اطلاعات ما مطالعه‌ای در مورد وضعیت سلامت سالمندان ساکن جامعه استان آذربایجان شرقی تاکنون منتشر نشده است. با توجه به عدم وجود اطلاعات لازم در مورد سلامت سالمندان، این مطالعه بر آن است که وضعیت و نیازهای سلامت سالمندان استان آذربایجان شرقی را براساس داده‌های مطالعه‌ی ذکر شده گزارش نماید.

روش‌ها

داده‌های این مقاله از یک مطالعه‌ی مقطعی بر پایه‌ی جامعه درباره‌ی وضعیت سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر استان آذربایجان شرقی، استخراج گردیده است. نمونه‌های این مطالعه، قابل تعمیم به جمعیت سالمندان شهری و روستایی استان آذربایجان شرقی است. نمونه‌گیری این مطالعه به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی متناسب (Multi-level Proportional Cluster Randomized Sampling) که در سطح اول همه‌ی شهرستان‌ها (۱۹ شهرستان) انتخاب شدند. تعداد نمونه‌های انتخاب شده به نسبت تعداد سالمندان آن شهرستان بود. در سطح دوم واحد نمونه‌گیری، مراکز بهداشتی درمانی بودند که به نسبت تعداد جمعیت سالمندان شهری و روستایی به صورت تصادفی از بین مراکز بهداشتی درمانی آن شهرستان تعدادی مرکز انتخاب شدند و از پرونده‌ی خانوارهای هر مرکز به صورت تصادفی و بدون جایگزینی تعدادی خانوار تا تکمیل حجم نمونه انتخاب شدند. در این استان ۴۳۶ نفر (۱۸۰ نفر مرد و ۲۵۸ نفر زن) در مطالعه شرکت نمودند که ۶۹ درصد ساکن شهر و ۳۱ درصد ساکن روستا بودند. میزان پاسخ‌دهی ۹۵/۳ درصد بود. اطلاعات اولیه و دموگرافیک و همچنین اطلاعات مربوط به تاریخچه‌ی بیماری‌ها، واکسیناسیون، اطلاعات مربوط به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، با استفاده از پرسشنامه‌هایی که روایی صوری آن توسط یک گروه از متخصصین تأیید

عملکرد روزمره‌ی زندگی با استفاده از ابزار ADL-Katz ارزیابی گردید این ابزار در سال ۱۹۶۴ توسط Katz و همکاران تدوین گردید. این ابزار شامل شش عملکرد روزمره: غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام رفتن، مراقبت‌های بهداشتی فردی، دستشویی رفتن و جا به جایی می‌شود که هر یک از آیتم‌های مذکور سه سطح کاملاً غیروابسته (امتیاز ۲)، تا حدودی وابسته (امتیاز ۱) و کاملاً وابسته (امتیاز صفر) را شامل می‌شود. عملکرد روزانه‌ی مرتبط با وسایل با استفاده از ابزار IADL-Lawton مورد سنجش قرار گرفت این ابزار در سال ۱۹۶۹ توسط Lawton و همکاران ارائه شد که شامل هشت حیطه‌ی تلفن کردن، ایاب و ذهاب، تهیه غذا، مدیریت داروها، مدیریت مسائل مالی، لباس شستن، رسیدگی به امور خانه و خرید کردن می‌شود؛ حداکثر امتیاز آن ۸ که بیانگر عدم وابستگی و حداقل آن صفر که بیانگر وابستگی کامل فرد در حیطه‌های فوق‌الذکر می‌باشد. وضعیت فرد از نظر کشیدن سیگار، با پرسش اینکه آیا در حال حاضر سیگار می‌کشید و در صورت پاسخ بلی، چند نخ سیگار در روز می‌کشید؟ مورد ارزیابی قرار گرفت. در مورد قلیان و تریاک از شرکت کنندگان پرسیده شد آیا به صورت مرتب یا تفریحی قلیان یا تریاک می‌کشید؟ در خصوص بررسی اضطراب، از شرکت کنندگان در خصوص داشتن سابقه‌ی اضطراب در شش ماه گذشته، و برای بررسی اختلال حافظه از افراد سؤال شد که آیا احساس می‌کنید که در ۶ ماه گذشته فراموشی داشته‌اید؟ بی‌اختیاری با سؤال آیا بی‌اختیاری ادرار و یا مدفوع در شش ماه گذشته داشته‌اید؟ بررسی شد و اگر پاسخ مثبت بود از فرد پرسیده شد که آیا بی‌اختیاری شما با احساس ناگهانی دفع ادرار و ریزش ادرار قبل از رسیدن به دستشویی (بی‌اختیاری ادراری اورژانسی) همراه بوده است؟ در مورد بی‌اختیاری استرسی از شرکت کننده پرسیده شد آیا سابقه‌ی خروج بی‌اختیار ادرار هنگام عطسه، سرفه یا خنده را داشته‌اید؟ شدت فعالیت فیزیکی را با سؤال در طول هفته‌ی گذشته چند روز حداقل نیم ساعت فعالیت متوسط شامل پیاده‌روی در پارک یا راه رفتن برای خرید داشته‌اید؟ بررسی شد، همچنین از شرکت کننده‌ها پرسیده شد که چند روز

شد، گردآوری شد. اندازه‌گیری‌های آنروپومتری نظیر قد، وزن، دور بازو در وسط بازو و دور ساق پا به روش استاندارد و با حداقل لباس پوشیده شده، توسط بهورزان آموزش داده شده انجام گردید (برای هر بار اندازه‌گیری وزن، ترازو با استفاده از سنگ یک کیلویی و پنج کیلویی کالیبره گردید). اندازه‌گیری فشار خون در دو نوبت به فاصله‌ی ده دقیقه و براساس پروتکل JNC7^۱ انجام شد، میانگین دو نوبت فشار خون اندازه‌گیری شده به‌عنوان فشارخون سیستمولیک و دیاستولیک اندازه‌گیری شد. وضعیت تغذیه با استفاده از پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه (MNA)^۲ انجام شد. این پرسشنامه که توسط شرکت نستله طراحی و تدوین گردیده دارای دو قسمت کلی غربال‌گری و ارزیابی تکمیلی می‌باشد. که جزء غربال‌گری ۱۴ امتیاز و جزء ارزیابی ۱۶ امتیاز و در مجموع ۳۰ امتیاز دارد. نقاط برش ۲۳/۵ برای تفکیک افراد با وضعیت تغذیه خوب از افراد در معرض سوء تغذیه و ۱۷ برای تفکیک افراد در معرض سوء تغذیه از افراد مبتلا به سوء تغذیه در نظر گرفته شد [۶]. غربال‌گری از نظر افسردگی با استفاده از پرسشنامه‌ی فارسی شده‌ی مقیاس افسردگی کوتاه (GDS-15)^۳ انجام شد. این مقیاس توسط Yasavage و همکاران در سال ۱۹۸۶ تدوین گردید. مقیاس افسردگی سالمندان کوتاه، برگرفته از فرم ۳۰ سؤالی مقیاس افسردگی سالمندان است. همه‌ی سؤالات وزن مشابهی دارد و دو جوابی می‌باشند. حداکثر ۱۵ امتیاز دارد که امتیاز ۱۵ نشان دهنده‌ی بیشترین شدت افسردگی و صفر بیانگر عدم وجود افسردگی می‌باشد. یکی از ابزارهای سنجش افسردگی در سالمندان است توسط Malakouti و همکاران در ایران روانسجی شده است و نقطه‌ی برش ۸ برای تعریف ابتلا به افسردگی با استفاده از این پرسشنامه تعیین شده است [۷]. در این مطالعه افرادی مبتلا به افسردگی در نظر گرفته شدند که امتیاز ۸ یا بالاتر داشتند و یا خود بیمار ابتلا به افسردگی را گزارش کرده بود. وضعیت فعالیت فیزیکی با استفاده از پرسشنامه‌ی فعالیت فیزیکی کوتاه شده بین‌المللی ارزیابی شد همچنین وضعیت

¹ Joint National Committee 7 Report

² Mini Nutritional Assessment

³ Geriatric Depression Scale-15

متغیرهای غیرپامتری به صورت میانه و حدود بین چارکی گزارش گردید مقایسه متغیرهای پامتری در بین گروه‌های مختلف با استفاده از آزمون T مستقل و آنالیز واریانس یک سویه و متغیرهای کمی غیر پامتری با استفاده از آزمون من ویتنی یا کروسکال والیس انجام گردید. مقایسه‌ی نسبت‌ها در بین گروه‌های مختلف با استفاده از آزمون کای مربع یا آزمون دقیق فیشر انجام گردید. تمام آزمون‌ها دو سویه بوده و در سطح $\alpha < 0.05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد شرکت کنندگان این مطالعه ۴۳۸ نفر بودند. میانگین سن شرکت کنندگان ۶۹/۳۱ سال با انحراف معیار ۷/۲۷ سال بود (میانگین سن در مردان ۷۰/۵۹ سال با انحراف معیار ۷/۴۷ سال و زنان ۶۸/۴۱ سال با انحراف معیار ۷/۰۰ سال) بود. میانگین سن شرکت کنندگان روستایی بیش از شهر بود (۷۰/۶۴ با انحراف معیار ۷/۴۵ در مقابل ۶۸/۷۳ با انحراف معیار ۷/۱۳).

۶۹/۱٪ از شرکت کنندگان متأهل بودند که درصد مردان به‌مراتب بیش از زنان متأهل بود (۹۳/۹٪ در مقابل ۵۱/۸٪، $P < 0.01$) اکثر شرکت کنندگان در مطالعه بی‌سواد بودند (۶۱/۴٪) و ۱۰/۶٪ از شرکت کنندگان تنها زندگی می‌کردند که اختلاف معناداری بین زنان و مردان از نظر زندگی تنهایی وجود داشت (۲/۳٪ در مردان و ۱۶/۱٪ در زنان، $P < 0.01$). اغلب شرکت کنندگان (۵۶/۵٪) حقوق و مستمری مشخصی نداشتند پوشش بیمه در سالمندان ساکن آذربایجان شرقی ۹۶/۸٪ بود. اغلب سالمندان دارای مسکن با مالکیت شخصی بودند (۸۸/۳٪) اختلاف معناداری بین زنان و مردان وجود داشت ($P = 0.03$) (جدول ۱). در بررسی نتایج پرسش درباره‌ی سطح زندگی سالمندان این استان، ۷/۸٪ سیگار و ۵/۸٪ قلیان می‌کشیدند همچنین ۲/۱٪ مواد مخدر مصرف می‌کردند و اختلاف بین زنان و مردان از نظر آماری معنادار بود (مقادیر $P < 0.01$). ۷۷/۶٪ از شرکت کنندگان فعالیت خفیف تا متوسط فیزیکی و ۵۸/۹٪ فعالیت شدید فیزیکی در یک هفته قبل از پرسشگری داشته‌اند و اختلاف فراوانی بین زنان و مردانی که فعالیت خفیف تا متوسط داشتند

فعالیت فیزیکی شدید شامل کار در حیاط یا باغچه منزل داشته‌اید؟ پرفشاری خون براساس فشار خون میانگین سیستولی بالاتر یا مساوی با ۱۴۰ یا فشار خون دیاستولی ۹۰ یا بالاتر یا گفته‌ی خود بیمار مبنی بر داشتن سابقه‌ی فشار خون بررسی شد. ابتلا به دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، سکنه‌ی مغزی، مشکلات دهان و دندان و مشکل در راه رفتن به‌صورت خود اظهاری و بر مبنای گفته پزشک معالج آنها ارائه ثبت شد.

با انجام معاینه و مصاحبه توسط بهورزان و پزشکان عمومی آموزش دیده و سایر اعضای تیم پژوهشی در مراکز بهداشتی و درمانی اطلاعات جمع‌آوری شد و در مواردی که حضور سالمندان در مرکز بهداشتی و درمانی امکان‌پذیر نبود، این کار در منزل سالمند صورت گرفت.

از جمله معیارهای ورود به مطالعه، سن بالاتر یا مساوی ۶۰ سال و تحت پوشش بودن در مراکز درمانی و بهداشتی بود و معیار خروج از مطالعه عدم توانایی در برقراری ارتباط و عدم تمایل به همکاری حین انجام طرح بود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه تمام مفاد اعلامیه‌ی اخلاق پژوهش هلسینکی را رعایت کرده است و در کمیته اخلاق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب رسید. تمام شرکت‌کنندگان بعد از ارائه توضیحات کامل درباره اهداف و چگونگی انجام مطالعه فرم رضایت آگاهانه را امضاء نمودند و در صورت بی‌سواد بودن، توسط فرد مورد اعتماد شرکت کننده، فرم رضایت‌نامه خوانده شد و مورد تأیید سالمند قرار گرفت. کلیه‌ی اطلاعات کسب شده‌ی محرمانه بوده و در مکانی امن نگهداری شد.

آنالیز آماری

تمام آنالیزها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۱ انجام گردید. طبیعی بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگراف اسمیرنوف مورد آزمون قرار گرفت. همچنین تمام آمارها به‌صورت آماره و فاصله اطمینان ۹۵٪ گزارش گردیدند. نسبت‌ها به‌صورت درصد و در مورد متغیرهای پارامتری شاخص میانی به‌صورت میانگین و در مورد

از نظر آماری معنادار بود (۸۸/۹٪ از مردان و ۶۹/۸٪ از زنان) فعالیت فیزیکی خفیف تا متوسط داشته‌اند (جدول ۲)

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و عمومی شرکت کنندگان استان آذربایجان شرقی

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
<۰/۰۱	۶۸ (۲۶/۵۶٪) (۲۱/۳۵-۳۲/۴۹)	۲۵۶	۷۱ (۳۹/۴۴٪) (۳۲/۳۳-۴۷/۰۱)	۱۸۰	۶۹ (۱۵/۸۳٪) (۱۲/۶۰-۱۹/۶۸)	۴۳۶	سن (انحراف معیار) (سال)**
	۱۳۳ (۵۱/۸۱٪) (۴۵/۴۷-۵۷/۹۸)		۱۶۹ (۹۳/۹٪) (۸۹/۰۵-۹۶/۸۶)		۳۰۲ (۶۹/۱۷٪) (۶۴/۵۱-۷۳/۳۷)		متاهل
<۰/۰۱	۱۲۱ (۴۷/۱٪) (۴۰/۸۸-۵۳/۳۷)	۲۵۷	۱۰ (۵/۶٪) (۲/۸۵-۱۰/۲۷)	۱۸۰	۱۳۱ (۳۰/۱۰٪) (۲۵/۷۷-۳۴/۵۵)	۴۳۷	وضعیت تأهل بیوه
	۳ (۱/۱٪) (۰/۰۳-۳/۶۶)		۱ (۰/۴٪) (۰/۰۳-۳/۵۴)		۴ (۰/۹٪) (۰/۳۰-۲/۵۰)		سایر
	۱۹۱ (۷۴/۰٪) (۶۸/۱۵-۷۹/۱۸)		۷۸ (۴۳/۳٪) (۳۶/۰۴-۵۰/۹۱)		۲۶۹ (۶۱/۴٪) (۵۶/۶۷-۶۵/۹۷)		بیسواد
	۵۱ (۱۹/۸٪) (۱۵/۲۰-۲۵/۲۷)		۶۳ (۳۵/۰٪) (۲۸/۱۵-۴۲/۵۰)		۱۱۴ (۲۶/۰٪) (۲۲/۰۳-۳۰/۴۵)		ابتدایی
<۰/۰۱	۶ (۲/۳٪) (۰/۰۹۵-۵/۲۴)	۲۵۸	۱۵ (۸/۳٪) (۴/۹۰-۱۳/۶۲)	۱۸۰	۲۱ (۴/۸٪) (۳/۰۶-۷/۳۵)	۴۳۸	سطح تحصیلات راهنمایی و دبیرستان
	۱۰ (۳/۹٪) (۱/۹۸-۷/۲۳)		۱۳ (۷/۳٪) (۴/۰۶-۱۲/۲۹)		۳۳ (۵/۳٪) (۳/۴۳-۷/۸۹)		دیپلم
	۰		۱۱ (۶/۱٪) (۳/۲۴-۱۰/۹۵)		۱۱ (۲/۵٪) (۱/۳۳-۴/۵۸)		دانشگاهی
	۴۱ (۱۶/۸٪) (۱۲/۳۵-۲۲/۰۵)		۴ (۲/۳٪) (۰/۸۳-۶/۰۶)		۴۵ (۱۰/۶٪) (۷/۹۴-۱۴/۰۷)		تنهایی
<۰/۰۱	۱۲۶ (۵۱/۳٪) (۴۶/۸۰-۵۷/۶۰)	۲۴۶	۱۶۱ (۹۱/۰٪) (۸۵/۴۹-۹۶/۵۸)	۱۷۷	۲۸۷ (۶۷/۸٪) (۶۳/۱۳-۷۲/۲۴)	۴۳۳	وضعیت زندگی** با همسر یا با همسر و فرزندان
	۷۸ (۳۱/۷٪) (۲۶/۰۲-۳۷/۹۸)		۱۱ (۶/۳٪) (۳/۳۰-۱۱/۱۲)		۸۹ (۲۱/۰٪) (۱۷/۳۲-۲۵/۳۰)		فقط با فرزندان
	۱ (۰/۴٪) (۰/۰۲-۲/۶۰)		۱ (۰/۵٪) (۰/۰۳-۳/۵۸)		۲ (۰/۵٪) (۰/۰۸-۱/۸۸)		با دیگران
	۱ (۰/۴٪) (۰/۰۲-۲/۵۰)		۴۸ (۲۷/۱٪) (۲۰/۸۵-۳۴/۴۰)		۴۹ (۱۱/۳٪) (۸/۵۸-۱۴/۸۰)		شاغل
<۰/۰۱	۷۲ (۲۸/۳٪) (۲۲/۸۹-۳۴/۲۶)	۲۵۵	۶۷ (۳۷/۹٪) (۳۰/۸۷-۴۵/۴۷)	۱۷۷	۱۳۹ (۳۲/۲٪) (۲۷/۸۲-۳۶/۸۴)	۴۳۲	وضعیت اشتغال بازنشسته و مستمری بگیر
	۱۸۲ (۷۱/۴٪) (۶۵/۳۳-۷۶/۸۵)		۶۲ (۳۵/۰٪) (۲۸/۱۲-۴۲/۶۰)		۲۴۴ (۵۶/۵٪) (۵۱/۶۵-۶۱/۱۹)		بدون حقوق و مستمری
۰/۰۷	۲۵۳ (۹۸/۱٪) (۹۵/۲۸-۹۹/۲۸)	۲۵۸	۱۷۱ (۹۵/۰٪) (۹۰/۴۲-۹۷/۵۴)	۱۸۰	۴۲۴ (۹۶/۸٪) (۹۴/۵۶-۹۸/۱۷)	۴۳۸	بیمه دارند
۰/۶۶	۵۶ (۲۳/۵٪) (۱۸/۴۰-۲۹/۵۴)	۲۳۸	۴۱ (۲۵/۵٪) (۱۹/۰۹-۳۳/۰۵)	۱۶۱	۹۷ (۲۴/۳٪) (۲۰/۲۴-۲۸/۸۸)	۳۹۹	بیمه تکمیلی برای خدمات بستری
۰/۰۶	۴۷ (۱۹/۸٪) (۱۴/۹۴-۲۵/۴۰)	۲۳۹	۴۵ (۲۷/۶٪) (۲۱/۰۵-۳۵/۲۵)	۱۶۳	۹۲ (۲۲/۹٪) (۱۸/۹۴-۲۷/۳۷)	۴۰۲	بیمه تکمیلی برای خدمات غیربستری
	۲۹ (۱۸/۰٪) (۱۲/۵۸-۲۵/۰۱)		۵ (۸/۳٪) (۳/۱۱-۱۹/۱۱)		۳۴ (۱۵/۴٪) (۱۱/۰۲-۲۰/۹۷)		کمپته امداد و بهزیستی
	۵۹ (۳۶/۶٪) (۲۹/۳۱-۴۴/۶۴)		۲۲ (۳۶/۸٪) (۲۴/۹۰-۵۰/۱۵)		۸۱ (۳۶/۷٪) (۳۰/۳۶-۴۳/۴۱)		فرزندان
۰/۰۲	۴۸ (۲۹/۸٪) (۲۳/۰۰-۳۷/۶۰)	۱۶۱	۲۹ (۴۸/۳٪) (۳۵/۴۰-۶۱/۴۸)	۶۰	۷۷ (۳۴/۸٪) (۲۸/۶۵-۴۱/۵۶)	۲۲۱	منع امرار معاش دارایی و درآمد شخصی
	۲۵ (۱۵/۵٪) (۱۰/۴۹-۲۲/۲۷)		۴ (۶/۸٪) (۲/۱۶-۱۷/۰۱)		۲۹ (۱۳/۱٪) (۹/۱۰-۱۸/۴۶)		سایر
	۲۱۳ (۸۲/۶٪) (۷۷/۲۵-۸۶/۸۷)		۱۷۲ (۹۶/۶٪) (۹۲/۴۷-۹۸/۶۲)		۱۶۵ (۸۸/۳٪) (۳۳/۳۰-۴۲/۶۰)		مالکیت شخصی
	۴ (۱/۶٪) (۰/۵۰-۴/۱۹)		۲ (۱/۱٪) (۰/۱۹-۴/۴۲)		۶ (۱/۴٪) (۰/۵۶-۳/۱۳)		استیجاری
۰/۰۳	۳۲ (۱۲/۴٪) (۸/۷۶-۱۷/۲۰)	۲۵۸	۴ (۲/۲٪) (۰/۸۲-۶/۰۳)	۱۷۸	۳۶ (۸/۳٪) (۵/۹۳-۱۱/۳۵)	۴۳۶	وضعیت مسکن رایگان (فرزندان یا سازمانی)
	۹ (۳/۵٪) (۱/۸۱-۶/۸۴)		۰		۹ (۲/۱٪) (۱/۰۱-۴/۰۲)		سایر

* با استفاده از آزمون t مستقل
** با استفاده از آزمون دقیق فیشر

جدول ۲- شیوه‌ی زندگی در سالمندان آذربایجان شرقی

متغیر	تعداد کل	کل جمعیت	تعداد مردان	مردان	تعداد زنان	زنان	مقدار P
سیگار کشیدن	۳۳۴	۳۴ (۷/۸٪)	۱۷۹	۲۷ (۱۵/۱٪)	۲۵۵	۷ (۲/۷٪)	<۰/۰۱
قلیان کشیدن	۳۹۶	۲۳ (۵/۸٪)	۱۵۸	۲۰ (۱۲/۷٪)	۲۳۸	۳ (۱/۳٪)	<۰/۰۱
مصرف تریاک	۳۸۱	۸ (۲/۱٪)	۱۴۵	۷ (۴/۸٪)	۲۳۶	۱ (۰/۴٪)	*<۰/۰۱
فعالیت فیزیکی	۴۳۸	۳۴۰ (۷۷/۶٪)	۱۸۰	۱۶۰ (۸۸/۹٪)	۲۵۸	۱۸۰ (۶۹/۸٪)	<۰/۰۱
	۴۳۸	۲۵۸ (۵۸/۹٪)	۱۸۰	۱۲۳ (۶۸/۳٪)	۲۵۸	۱۳۵ (۵۲/۳٪)	۰/۱۳
سنجش فشار خون در طی سال گذشته	۴۳۲	۴۱۲ (۹۵/۴٪)	۱۷۶	۱۶۸ (۹۵/۵٪)	۲۵۶	۲۴۴ (۹۵/۳٪)	۰/۷۸
سنجش چربی خون در طی یک سال گذشته	۴۲۸	۳۲۲ (۷۵/۲٪)	۱۷۶	۱۲۲ (۶۹/۳٪)	۲۵۲	۲۰۰ (۷۹/۴٪)	۰/۰۲
سنجش قند خون در طی یک سال گذشته	۴۳۵	۳۰۷ (۷۰/۶٪)	۱۷۹	۱۲۰ (۶۷/۰٪)	۲۵۶	۱۸۷ (۷۰/۳٪)	۰/۱۸
ارزیابی از نظر متناسب بودن وزن	۴۲۳	۲۴۳ (۵۷/۴٪)	۱۷۷	۹۵ (۵۳/۷٪)	۲۴۶	۱۴۸ (۶۰/۲٪)	۰/۱۸
مراجعه به دندانپزشک در طی سال گذشته	۴۳۶	۸۱ (۱۸/۶٪)	۱۸۰	۳۸ (۲۱/۱٪)	۲۵۶	۴۳ (۱۶/۸٪)	۰/۲۵
سنجش تراکم استخوان در طی سال گذشته	۳۹۹	۱۷ (۴/۳٪)	۱۶۶	۳ (۱/۸٪)	۲۳۳	۱۴ (۶/۰٪)	۰/۰۴
معاینه‌ی پستان (ماموگرافی) یک سال گذشته	۲۴۹	-	-	-	۲۴۹	۱۷ (۶/۸٪)	-

سایر نسبت‌ها با استفاده از آزمون کای توان دو مقایسه شده‌اند.

مردان در مقابل ۳۰/۶٪، در زنان) (جدول ۳). شیوع زمین خوردن در سالمندان ۲۱/۴٪ و اختلال حافظه ۳۶/۱٪ بود. بی‌اختیاری ادراری استرسی در زنان به‌مراتب شایع‌تر از مردان بود (۲۰/۸٪ در زنان و ۵/۱٪ در مردان). ۴۸/۷٪ از سالمندان اختلال خواب داشتند که اختلاف بین زنان و مردان معنادار بود. شیوع سوء تغذیه در این مطالعه ۸/۹٪ بود که اختلاف معناداری بین زنان و مردان داشت. ۱۰/۹٪ از شرکت‌کنندگان درجاتی از اختلال عملکرد را ذکر می‌کردند. درد شایع‌ترین شکایت شرکت‌کنندگان بود که اختلاف معناداری بین زنان و مردان وجود داشت (۶۶/۰٪ در مردان و ۸۳/۵٪ در زنان) تنها ۹/۶٪ از سالمندان شرکت‌کننده در سال گذشته واکسن آنفلوانزا تزریق نموده بودند. شیوع چند دارویی در سالمندان آذربایجان شرقی ۴۶/۸٪ محاسبه شد (جدول ۴).

رفتارهای مرتبط با سلامت با پرسش درباره‌ی سنجش فشارخون، چربی خون، قند خون، وزن، تراکم استخوان و معاینه‌ی دهان و دندان و پستان‌ها در زنان در یک سال اخیر مورد ارزیابی قرار گرفت. به‌ترتیب ۹۵/۴٪، ۷۵/۲٪ و ۷۰/۶٪ از سالمندان در یک سال اخیر مورد سنجش از نظر فشار خون، چربی خون و قند خون قرار گرفتند که اختلاف معناداری بین زنان و مردان در مورد سنجش چربی خون وجود داشت (P=۰/۰۱). در مجموع ۴/۳٪ از سالمندان مورد سنجش تراکم استخوان قرار گرفتند و ۶/۸٪ خانم‌ها معاینه‌ی پستان شدند. شیوع پرفشاری خون در سالمندان شرکت‌کننده ۵۲/۵٪ بود (زنان با ۵۳/۹٪، مردان ۵۰/۶٪). شیوع دیابت در سالمندان بنا به اظهار خودشان ۳۴/۲٪ و شیوع بدخیمی‌های مختلف ۲/۴٪ بود. شیوع افسردگی ۲۶٪ و اختلاف بین زنان و مردان در فراوانی از نظر آماری معنادار بود (۱۹/۴٪، در

جدول ۳- فراوانی ابتلا یا سابقه‌ی بیماری‌ها در استان آذربایجان شرقی

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
۰/۸۱	۶۳ (۳۳/۷٪) (۲۷/۰۶ - ۴۱/۰۱)	۱۸۷	۴۲ (۳۵/۰٪) (۲۶/۶۷ - ۴۴/۳۰)	۱۲۰	۱۰۵ (۳۴/۲٪) (۲۸/۹۶ - ۳۹/۸۴)	۳۰۷	دیابت
۰/۴۹	۱۳۹ (۵۳/۹٪) (۴۷/۵۹ - ۶۰/۰۵)	۲۵۸	۹۱ (۵۰/۶٪) (۴۳/۰۵ - ۵۸/۰۵)	۱۸۰	۲۳۰ (۵۲/۵٪) (۴۷/۷۲ - ۵۷/۲۶)	۴۳۸	پُرفشاری خون
۰/۲۷	۶۶ (۲۶/۵٪) (۲۱/۲۳ - ۳۲/۵۳)	۲۴۹	۳۸ (۲۱/۸٪) (۱۵/۷۲ - ۲۸/۲۴)	۱۷۸	۱۰ (۲/۳۶٪) (۱/۲۰ - ۴/۴۴)	۴۲۳	جراحی کاتاراکت
۰/۲۴	۲ (۰/۸٪) (۰/۱۴ - ۳/۱۶)	۲۵۱	۰	۱۷۳	۲ (۰/۵٪) (۰/۰۸ - ۱/۸۸)	۴۲۴	زخم بستر*
۰/۹۴	۶ (۲/۴٪) (۰/۹۹ - ۵/۴۵)	۲۴۸	۴ (۲/۳٪) (۰/۷۴ - ۶/۱۹)	۱۷۳	۱۰ (۲/۴٪) (۱/۲۱ - ۴/۴۷)	۴۲۱	بدخیمی
۰/۶۶	۳ (۱/۲٪) (۰/۳ - ۳/۶۷)	۲۵۶	۳ (۱/۷٪) (۰/۴۳ - ۵/۱۹)	۱۸۰	۶ (۱/۴٪) (۰/۵۶ - ۳/۱۳)	۴۳۶	سنگوب
۰/۰۴	۶۳ (۲۴/۵٪) (۱۹/۴۷ - ۳۰/۳۲)	۲۵۷	۲۹ (۱۶/۲٪) (۱۱/۲۹ - ۲۲/۶۱)	۱۷۹	۹۲ (۲۱/۱٪) (۱۷/۴۲ - ۲۵/۳۰)	۴۳۶	زمین خوردن (طی سال اخیر)
<۰/۰۱	۷۸ (۳۰/۶٪) (۲۵/۰۷ - ۳۶/۷۰)	۲۵۵	۳۵ (۱۹/۴٪) (۱۴/۰۸ - ۲۶/۱۴)	۱۸۰	۱۱۳ (۲۶/۰٪) (۲۱/۹۷ - ۳۰/۴۲)	۴۳۵	افسردگی (GDS ≥ ۸)

* با استفاده از آزمون دقیق فیشر

جدول ۴- مشکلات سلامت در سالمندان استان آذربایجان شرقی

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
۰/۱۳	۱۴۳ (۵۵/۶٪) (۴۹/۳۳ - ۶۱/۸۸)	۲۵۷	۱۱۷ (۶۵/۰٪) (۵۷/۵۰ - ۷۱/۸۵)	۱۸۰	۲۶۰ (۵۹/۵٪) (۵۴/۷۲ - ۶۴/۱۱)	۴۳۷	وضعیت سلامت از نظر خود سالمند
۰/۵۰	۵۸ (۲۲/۵٪) (۱۷/۶۴ - ۲۸/۱۶)	۲۵۸	۳۵ (۱۹/۸٪) (۱۴/۳۳ - ۲۶/۵۶)	۱۷۷	۹۳ (۲۱/۴٪) (۱۷/۶۸ - ۲۵/۶۰)	۴۳۵	زمین خوردن در یک سال اخیر
<۰/۰۱	۱۴۰ (۵۴/۵٪) (۴۸/۱۷ - ۶۰/۶۴)	۲۵۷	۶۵ (۳۶/۱٪) (۲۹/۱۹ - ۴۳/۶۳)	۱۸۰	۲۰۵ (۴۶/۹٪) (۴۲/۱۷ - ۵۱/۸۱)	۴۳۷	مشکل در راه رفتن
<۰/۰۱	۱۶۲ (۶۳/۰٪) (۵۶/۷۹ - ۶۸/۸۹)	۲۵۷	۶۸ (۳۷/۸٪) (۳۰/۲۳ - ۴۴/۸۶)	۱۸۰	۳۳۰ (۷۵/۶٪) (۴۷/۸۳ - ۵۷/۳۸)	۴۳۷	مشکل در نشستن و برخاستن
<۰/۰۱	۱۱۹ (۴۷/۰٪) (۴۰/۷۹ - ۵۳/۳۸)	۲۵۳	۴۲ (۲۳/۵٪) (۱۷/۶۰ - ۳۰/۴۸)	۱۷۹	۱۶۱ (۳۷/۳٪) (۳۲/۷۳ - ۴۲/۰۴)	۴۳۲	اضطراب
۰/۸۴	۳۱ (۳۷/۳٪) (۲۷/۱۸ - ۴۸/۸۱)	۸۳	۳۵ (۳۵/۰٪) (۲۵/۹۱ - ۴۵/۲۶)	۱۰۰	۶۶ (۳۶/۱٪) (۲۹/۲۱ - ۴۲/۵۳)	۱۸۳	اختلال حافظه
۰/۹۰	۴۸ (۵۷/۱٪) (۴۵/۸۹ - ۶۷/۸۳)	۸۴	۵۹ (۵۶/۳٪) (۴۶/۱۸ - ۶۵/۷۴)	۱۰۵	۱۰۷ (۵۶/۶٪) (۴۹/۲۲ - ۶۳/۸۳)	۱۸۹	مشکل بینایی
۰/۶۴	۲۴ (۲۸/۶٪) (۱۹/۵۰ - ۳۹/۶۲)	۸۴	۳۳ (۳۱/۷٪) (۲۳/۱۴ - ۴۱/۶۹)	۱۰۴	۵۷ (۳۰/۳٪) (۲۲/۰۰ - ۳۵/۲۹)	۱۸۸	مشکل شنوایی
<۰/۰۱	۵۳ (۲۰/۸٪) (۱۶/۰۸ - ۲۶/۳۹)	۲۵۵	۹ (۵/۱٪) (۲/۵۰ - ۹/۷۳)	۱۷۷	۶۲ (۱۴/۴٪) (۱۱/۲۵ - ۱۸/۱۰)	۴۳۲	بی‌اختیاری ادراری استرسی
۰/۱۲	۴۷ (۱۸/۴٪) (۱۳/۹۸ - ۲۳/۸۶)	۲۵۵	۲۳ (۱۲/۸٪) (۸/۴۹ - ۱۸/۸۶)	۱۷۹	۷۰ (۱۶/۱٪) (۱۲/۸۶ - ۲۰/۰۱)	۴۳۴	بی‌اختیاری ادراری اورژانسی
۰/۰۴	۴۸ (۵۷/۱٪) (۴۵/۸۹ - ۶۷/۸۳)	۸۴	۴۴ (۴۱/۹٪) (۳۲/۴۷ - ۵۱/۹۳)	۱۰۵	۹۲ (۴۸/۷٪) (۴۱/۳۹ - ۵۶/۰۲)	۱۸۹	اختلالات خواب
۰/۳۳	۶ (۲۳/۱٪) (۹/۷۵ - ۴۴/۰۹)	۲۶	۳ (۱۲/۵٪) (۳/۲۹ - ۳۳/۴۶)	۲۴	۹ (۱۸/۰٪) (۹/۰۵ - ۳۱/۹۲)	۵۰	چاقی
۰/۸۷	۴ (۵/۸٪) (۱/۸۷ - ۱۴/۹۳)	۶۹	۵ (۵/۳٪) (۱/۹۳ - ۱۲/۳۰)	۹۶	۹ (۵/۵٪) (۲/۶۸ - ۱۰/۴۱)	۱۶۵	افزایش وزن (۵ کیلوگرم) در سال گذشته
۰/۲۰	۱۶ (۲۲/۳٪) (۱۳/۶۱ - ۲۳/۸۴)	۷۲	۱۴ (۱۴/۶٪) (۸/۴۸ - ۲۳/۵۹)	۹۶	۳۰ (۱۷/۹٪) (۱۲/۵۵ - ۲۲/۶۸)	۱۶۸	کاهش وزن (۵ کیلوگرم) در سال گذشته

ادامه‌ی جدول در صفحه‌ی بعد

ادامه‌ی جدول صفحه‌ی قبل

	۱۹ (۲۸/۸٪) (۱۸/۶۴-۴۱/۴۳)	۳۶ (۴۵/۰٪) (۳۳/۹۹-۵۶/۴۹)	۵۵ (۳۷/۷٪) (۲۹/۹۰-۴۶/۱۰)			تغذیه‌ی خوب
۰/۰۳	۴۳ (۶۵/۳٪) (۵۲/۳۳-۷۶/۹۸)	۶۶	۸۰	۱۴۶	۷۸ (۵۳/۴٪) (۴۵/۰۱-۶۱/۶۵)	وضعیت تغذیه در معرض سوء تغذیه
	۴ (۶/۱٪) (۱/۹۶-۱۵/۵۶)	۹ (۱۱/۳٪) (۵/۵۹-۲۰/۷۶)			۱۳ (۸/۹٪) (۵/۰۲-۱۵/۰۴)	سوء تغذیه
	۶۴ (۸۱/۰٪) (۷۰/۳۰-۸۸/۶۴)	۹۱ (۸۶/۷٪) (۷۸/۳۱-۹۲/۲۶)			۱۵۵ (۸۴/۳٪) (۷۷/۹۸-۸۹/۰۳)	عدم وابستگی
۰/۴۶	۱۰ (۱۲/۷٪) (۶/۵۷-۲۲/۵۰)	۷۹	۱۰۵	۱۸۴	۲۰ (۱۰/۹٪) (۶/۹۳-۱۶/۵۱)	وضعیت عملکرد روزانه‌ی پایه
	۵ (۶/۳٪) (۲/۳۵-۱۴/۸۹)	۳ (۲/۹٪) (۰/۷۴-۸/۷۴)			۸ (۴/۳٪) (۲/۰۴-۸/۶۹)	اختلال عملکردی متوسط
	-	۱ (۱/۰٪) (۰/۰۵-۵/۹۵)			۱ (۰/۵٪) (۰/۰۳-۳/۴۵)	اختلال عملکردی شدید
< ۰/۰۱	۵۹ (۷۱/۱٪) (۵۹/۹۴-۸۰/۲۵)	۸۳	۱۰۱	۱۸۴	۱۰۱ (۵۲/۹٪) (۴۷/۴۰-۶۲/۱۷)	وضعیت عملکرد روزانه مرتبط با وسایل (وابسته)
< ۰/۰۱	۷۱ (۸۳/۵٪) (۷۳/۵۷-۹۰/۳۹)	۸۵	۱۰۶	۱۹۱	۱۴۱ (۷۳/۸٪) (۶۶/۸۸-۷۹/۸۸)	درد
۰/۲۴	۵۸ (۶۸/۳٪) (۵۷/۱۳-۷۷/۶۸)	۸۵	۱۰۵	۱۹۰	۱۲۱ (۶۳/۷٪) (۵۶/۳۷-۷۰/۴۳)	خستگی
۰/۴۹	۲۲ (۸/۷٪) (۵/۶۸-۱۳/۰۹)	۲۵۲	۱۷۷	۴۲۹	۴۱ (۹/۶٪) (۷/۰۳-۱۲/۸۴)	آنفلوآنزا
۰/۳۸	۱۱ (۴/۵٪) (۲/۳۶-۸/۰۴)	۲۴۷	۱۷۲	۴۱۹	۲۲ (۵/۳٪) (۳/۴۰-۷/۰۹۶)	واکسیناسیون پنوموکوک
۰/۲۴	۱۷ (۳۱/۸٪) (۲۶/۰۸-۳۸/۱۵)	۲۴۲	۱۷۰	۴۱۲	۱۲۲ (۲۹/۶٪) (۲۵/۲۹-۳۴/۳۲)	کزاز
۰/۷۱	۱۲۵ (۴۹/۶٪) (۴۳/۲۸-۵۵/۹۳)	۲۵۲	۱۷۸	۴۳۰	۲۱۰ (۴۸/۸٪) (۲۴/۰۳-۵۳/۶۷)	مشکلات دهان و دندان
۰/۳۳	۱۳۳ (۴۸/۸٪) (۴۲/۵۱-۵۵/۱۵)	۲۵۲	۱۷۵	۴۲۷	۲۰۰ (۴۶/۸٪) (۲۲/۰۴-۵۱/۸۰)	چند دارویی (مصرف بیش از سه دارو)
۰/۰۴	۶۸ (۲۶/۷٪) (۲۱/۴۴-۳۲/۶۲)	۲۵۵	۱۸۰	۴۳۵	۱۰۱ (۲۳/۳٪) (۱۹/۳۹-۲۷/۵۳)	حملات تنگی نفس

بحث

در این مطالعه وضعیت سلامت، اجتماعی و سبک زندگی و میزان ابتلای سالمندان شهرستان‌های استان آذربایجان شرقی به بیماری‌های شایع دوران سالمندی بررسی گردید. براساس یافته‌های این مطالعه، اختلالات حسی نظیر اختلال شنوایی و بینایی در سالمندان شیوع بالایی داشت. اختلال بینایی در کاهش کیفیت زندگی سالمندان تاثیر بسزایی داشته و می‌تواند سبب افزایش خطر سقوط، کاهش فعالیت‌های روزمره زندگی، کاهش فعالیت فیزیکی و افزایش احتمال ابتلا به افسردگی شود [۸، ۹]. به نظر می‌رسد که اختلالات بینایی و شنوایی از میانگین گزارش شده جهانی بیشتر است [۱۰] افزایش آمار اختلالات بینایی چشم در سالمندان ممکن است به دلیل بیماری دجنراسیون ماکولار، دیابت کنترل نشده و یا عوارض جانبی برخی داروها باشد [۱۰، ۱۱]

سالمندان به دلیل ابتلا به بیماری‌های مختلف و مشکلات سلامت متعدد در این دوران، گاهی مجبور به مصرف تعداد زیادی از انواع دارو می‌شوند، در صورتی که به‌طور هم‌زمان بیش از سه دارو (پلی فارماسی) مصرف کنند ممکن است به عوارض ناشی از این چند دارویی مبتلا شوند [۱۳، ۱۲]. از جمله شایع‌ترین مشکلات چند دارویی، تداخلات دارویی، افزایش احتمال سقوط، افزایش خطر بستری شدن و افزایش هزینه‌های درمانی می‌باشد [۱۲]. در این مطالعه تقریباً نیمی از سالمندان حداقل چهار نوع دارو مصرف می‌کردند البته این میزان شامل داروهای نسخه شده می‌باشد و بسیاری از سالمندان خود درمانی کرده و بدون تجویز پزشک و بر حسب نیازی که احساس می‌کنند از داروها استفاده می‌کنند، در تحقیقی که با همین موضوع در بین سالمندان انجام شد ۳۱٪ از آنها در طی سه ماه گذشته خود درمانی کرده‌اند که ممکن است با داروهایی که سالمند باید به‌طور روزانه دریافت کند تداخل پیدا کرده و آثار سوء، پلی فارماسی را آشکار

بررسی‌ها نشان می‌دهند شیوع ناتوانی در افراد مبتلا به دیابت، دو تا سه برابر افراد عادی است و این افراد در انجام کارهای خانه، آماده‌سازی غذا، و مدیریت پول مشکل دارند [۲۵]. در یک مطالعه نشان داده شد که یک چهارم از زنان دیابتی ۶۰ سال و مسن‌تر قادر به راه رفتن ۴۰۰ متر نبودند، در صورتی که در زنان غیر دیابتی همسن، این آمار به کمتر از یک ششم می‌رسد. همچنین زنان دیابتی نسبت به زنان غیر دیابتی دو برابر در معرض خطر سقوط و به دنبال آن شکستگی لگن هستند [۲۶].

میزان ابتلا به افسردگی در بین زنان سالمند بسیار بیشتر از مردان سالمند بود که ممکن است به دلیل بالاتر بودن آمار تنهایی [۲۷]، اضطراب، اختلال خواب، مشکلات راه رفتن و حتی مشکلات درد بیشتر در زنان سالمند نسبت به مردان سالمند باشد [۲۸، ۵]. سابقه‌ی زمین خوردن در طی یک سال گذشته نسبت به میانگین به دست آمده از کشور کمتر بوده است [۵]. در یک مطالعه‌ی مروری، بیش از ۳۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال یکبار در سال زمین خوردگی را تجربه کرده بودند و ۵۰-۳۰ درصد از زمین خوردگی‌ها، به دلیل عوامل محیطی اتفاق افتاده بود [۲۹].

از نظر وضعیت تغذیه، مطلوب‌تر از میانگین کشوری می‌باشند در مطالعه‌ی وضعیت مناسب تغذیه ۴۶/۴٪ گزارش گردید [۳۰] و همچنین این میزان در مطالعه‌ی Taheri-tanjani و همکاران [۳۱] ۲۱٪ و در مطالعه‌ی دیگر ۴۲/۷٪ گزارش گردید که به نظر می‌رسد سالمندان این استان از وضعیت تغذیه مناسب‌تری برخوردار می‌باشد [۳۲].

در مطالعه‌ی که از داده‌های ۲۴ مطالعه توسط محققان، در سالمندان بستری در بیمارستان، خانه‌های سالمندان، سالمندان جامعه و مراکز توانبخشی انجام شد، میزان افرادی که تغذیه مناسب داشتند ۳۳/۶٪ در آقایان و ۲۳/۱٪ در خانم‌ها گزارش گردید که بهترین حالت مربوط به خانم‌های ساکن جامعه (۶۵/۷٪) و بدترین حالت مربوط به سالمندان آقای مراکز توانبخشی (۷/۱٪) بود [۳۳].

تزریق واکسیناسیون پنوموکوک، آنفلوانزا [۱۳] توسط متخصصین طب سالمندان اکیداً توصیه شده است و میزان تحت پوشش بودن واکسن آنفلوانزا برای سالمندان هر جامعه

خواهد کرد، این داروها به ترتیب شامل داروهای کاهنده‌ی فشار خون، مسکن‌ها و آنتی بیوتیک‌ها بودند [۱۴].

تقریباً نیمی از سالمندان استان آذربایجان شرقی به فشار خون بالا مبتلا بودند که یافته‌های این مطالعه از مطالعه‌ی که در خانه سالمندان کهریزک (۶۱/۹٪) [۱۵] و در مطالعه‌ی ایتالیا (۶۴/۸٪) [۱۶] و همچنین در مطالعه‌ی اسپانیا (۶۵/۵٪) [۱۷] انجام شد، شیوع کمتری را نشان می‌دهد. پایین‌تر بودن میزان ابتلا به فشار خون در این استان ممکن است به دلیل بالاتر بودن سطح سواد و آگاهی سالمندان و همچنین داشتن الگوی غذایی مناسب، مصرف مناسب حبوبات و سبزیجات بیش از میانگین کشوری [۱۹، ۱۸] و وضعیت اقتصادی، اجتماعی مناسب به دلیل شرایط طبیعی و اقلیمی آن باشد. براساس یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی سیمای سلامت سالمندان، شیوع پُرفشاری خون در سالمندان بالای ۶۰ سال ۳۸/۶٪ می‌باشد [۵] که براساس خود اظهاری فرد سالمند است اما در مورد این مطالعه، گزارش پُرفشاری خون در سالمندان، علاوه بر پرسش خود اظهاری، براساس اندازه‌گیری دو نوبت فشار خون بوده است.

شیوع دیابت در مطالعه‌ی ما براساس خود اظهاری سنجیده شد و حدود یک چهارم افراد ابراز داشتند که به دیابت مبتلا هستند. از آنجا که خود اظهاری معمولاً کمتر از آمار اصلی است، طبق مطالعه‌ی با همین موضوع، ۲۸ درصد افرادی که دیابت دارند تشخیص داده نمی‌شود [۲۰] احتمالاً شیوع دیابت بیش از این مقدار خواهد بود که از میانگین شیوع دیابت گزارش شده در کشور بالاتر است [۵] در مطالعه‌ی دیگر، Esteghamati و همکاران و همکاران شیوع دیابت در افراد ۶۴-۵۵ سال را ۲۴/۳٪ گزارش کرده‌اند [۲۱]، همچنین شیوع دیابت از کشورهای توسعه یافته نظیر ایالت متحده و فنلاند بیشتر بود [۲۲، ۲۳]. شیوع بالاتر دیابت در بین این افراد ممکن است به دلیل فعالیت فیزیکی کمتر، دریافت کربوهیدرات ساده‌ی بیشتر [۲۴] باشد. دیابت عوارض بسیاری دارد که مهم‌ترین آن رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی، بیماری عروق کرونر قلب، سکته‌ی مغزی و... است [۲۵] و با ناتوانی در تحرک و فعالیت‌های روزانه سالمندان نیز مرتبط است، از این رو توجه به پیشگیری و کنترل آن از ضروریات می‌باشد.

بستری شدن در بیمارستان و یا تهیه لوازم کمکی چون واکر، عینک، عصا و... در سالمندان که مشکلات عدیده سلامت دارند بیشتر خواهد شد.

از محدودیت‌های این مطالعه، خود اظهاری بودن بسیاری از معیارهای ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان استناد به پاسخ‌های خود فرد و نبود معاینات بالینی و آزمایش‌های بیوشیمیایی و پاراکلینیکی برای تشخیص نهایی، بوده است. شیوع بالای بی‌سوادی در سالمندان تاحدودی، صحت یافته‌های این مطالعه را با پرسش مواجه می‌نماید.

براساس اطلاعات ما این مطالعه اولین مطالعه قابل تعمیم به سالمندان شرقی است که منتشر شده است نمونه‌گیری این مطالعه تقریباً از تمام شهرستان‌های این استان و شامل سالمندان شهری و روستایی بوده است که این نحوه‌ی نمونه‌گیری تعمیم‌پذیری آن را به مراتب افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که سالمندان ساکن استان آذربایجان شرقی، احتمالاً وضعیت سلامت بهتری از میانگین سالمندان ایرانی دارند، بالا بودن میزان افسردگی و فشارخون تأمل بیشتر و مراقبت بیشتر در این گروه را نیازمند است همانند سایر مطالعات در سطح کشور تعداد سالمندان زن که به‌طور تنها زندگی می‌کنند به مراتب بیشتر از مردان است که تغییر تابوهای فرهنگی و تشویق ازدواج مجدد در سالمندان بیوه شاید راه حل مشکل باشد. توصیه می‌شود که مطالعه‌ی جامع‌تری در خصوص شیوع دیابت در سالمندان و عوامل خطر آن در سالمندان این استان انجام شود همچنین مطالعات مداخله‌ای در جهت کاهش عوامل خطر مهم‌ترین مشکلات سلامت سالمندان از جمله پرفشاری خون، ضروری به نظر می‌رسد.

سیاسگذاری

بدین وسیله از وزارت بهداشت که هزینه‌های این مطالعه را تأمین نموده، همچنین از کارکنان خدوم شبکه‌های بهداشت و درمان استان آذربایجان شرقی به جهت همکاری در طرح و تمامی سالمندانی که در انجام این طرح صبورانه ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌نماید.

به‌عنوان معیاری برای کیفیت خدمات ارائه شده می‌باشد [۳۴]. در سال ۲۰۰۳ سازمان بهداشت جهانی پوشش ۷۵ درصدی واکسن آنفلوانزا را برای سالمندان تا سال ۲۰۱۰ توصیه کرد [۳۴]. براساس یافته‌های حاصل از مطالعه‌ای که در آمریکا انجام شد، سطح پوشش واکسن آنفلوانزا در میان سالمندان بین ۶۰ تا ۶۷ درصد متغیر بود [۳۵]. مطالعه‌ای در سوئد در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۳۹ درصد افراد ۶۵ سال و کمتر، ۳۶ درصد افراد ۶۵ تا ۷۹ سال و ۴۵ درصد در افراد ۸۰ سال و بالاتر تحت پوشش واکسیناسیون آنفلوانزا قرار گرفته بودند [۳۶]. از آنجا که آنفلوانزا یکی از علل اصلی مرگ و میر سالمندان است، ابتلای سالمندان به این بیماری گاهی تا ۸۰ درصد سبب مرگ و میر در این گروه سنی می‌شود [۳۷].

بی‌اختیاری ادرار در خانم‌ها به مراتب بیش از آقایان دیده شد که بیشتر آن بی‌اختیاری استرسی می‌باشد. که معمولاً در هنگام سرفه کردن، خندیدن، عطسه کردن سبب خروج ادرار می‌شود بالاتر بودن میزان ابتلا خانم‌ها به این مشکل به علت زایمان است. زایمان می‌تواند به ساختمان‌های حمایت کننده مثانه (عضالت کف لگن، واژن، رباطها) آسیب وارد کند. زایمان همچنین باعث می‌شود که مثانه به طرف پایین حرکت کند و از فشرده شدن اسفنکتر عضلانی جلوگیری کند. سطح پایین استروژن به دنبال یائسگی هم می‌تواند سبب کاهش فشار اسفنکتر شود [۳۸].

یک سوم سالمندان هیچ منبع درآمد و مستمری نداشتند که این میزان در خانم‌ها دو برابر دیده شد و این سالمندان برای گذران زندگی وابسته به فرزندان، مراکز خیریه و یا کمک دوستان و همسایگان بودند، همچنین بیش از نیمی از سالمندان از درد، رنج می‌بردند، تعداد سالمندان این استان که تنها زندگی می‌کردند (مجرد، بیوه و یا جدا شده از همسر) کمی بیش از آمار کشوری بود و این میزان در خانم‌ها هفت برابر آقایان بود این موارد در کنار همدیگر شرایط را برای یک فرد سالمند بیوه که از درد رنج می‌برد بسیار سخت خواهد کرد. به‌خصوص اگر سالمند زن باشند از این رو سالمندان زن جزء گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر قرار می‌گیرند.

تعداد بسیار محدودی خدمات بیمه تکمیلی مناسب دریافت می‌کنند در صورتی که نیاز به استفاده از خدمات پاراکلینیکی،

مآخذ

1. Statistical Pocketbook of the Islamic Republic of Iran 1390 Available from: <http://www.amar.org.ir>
2. East Azerbaijan, the country's fourth-old province. available from: <http://azargalam.ir>
3. Facts about ageing. available from: who.int/ageing/about/facts/en
4. Farahbakhsh M, Koosha A, Zakery A, Valizadeh Kh. Determination of Burden of Common Diseases in East Azerbaijan. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2007;34: 81-87.
5. Motlagh M, Yazdani Sh, Taheri Tanjani P. *Elderly Health Profile In Islamic Republic Of Iran*. Tehran: Ministry Of Health And Medical Education; 2014.
6. Delacorte RR, Moriguti JC, Matos FD, Pfrimer K, Marchinil JS, Ferriolli E. Mini-nutritional assessment score and the risk for undernutrition in free-living older persons. *The journal of nutrition, health & aging* 2004; 8(6):531-534.
7. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, S. K. Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. *Pejouhesh* 2006; 30(4):361-369.
8. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and ageing* 2006; 35(suppl 2): ii37-ii41.
9. Rovner BW, Casten RJ. Activity loss and depression in age-related macular degeneration. *The American journal of geriatric psychiatry* 2002; 10(3):305-310.
10. Quillen DA. Common causes of vision loss in elderly patients. *American Family Physician* 1999; 60(1):99-108.
11. Abbaszadeh Ahranjani Sh, Tabatabaee Malazi O, Pajouhi M. Diabetes and aging. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2009; 8(3):317-330.
12. Al-Windi A. Determinants of medicine use in a Swedish primary health care practice population. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2005; 14(1):47-51.
13. Halter J, Ouslander J, Tinetti M, Studenski S, High K, Asthana S. *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. McGraw-Hill Prof Med/Tech; 2009.
14. karimy M, Heidarnia A, Ghofrani F. Factors influencing self-medication among elderly urban centers in Zarandieh based on Health Belief Model. *Arak University of Medical Sciences Journal* 2011; 14(5):70-78.
15. Sharifi F, Mirarefin M, Fakhrzadeh H, Saadat S, Ghaderpanahi M, Badamchizade Z, Akbari Kamrani AA. Prevalence of Hypertension and Diabetes in Elderly Residents of Kahrizak. *Iranian Journal of Ageing* 2009; 4(11):16-29.
16. Prencipe M, Casini A, Santini M, Ferretti C, Scaldaferrri N, Culasso F. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly: results from a population survey. *Journal of human hypertension* 2000; 14(12):825-830.
17. Sierra C, López-Soto A, Coca A. Hypertension in the elderly population. *Revista espanola de geriatría y gerontología* 2008; 43:53-59.
18. Rezazadeh R, HoushyarRad A, Abdollahi M, Amini M, Esmaeeli M. Comparison between consumption of fruits and vegetables in urban and rural areas of East Azarbaijan in years 1379-1381. In *Ninth Congress of Nutrition*. Tabtiz university of medical sciences; 2006.
19. Rezazadeh R, Abdollahi M, HoushyarRad A, Kalantari N, SalarKian N. Comparison of dietary pattern of East Azerbaijan Province with average consumption in Iran. In *Ninth Congress of Nutrition*. Tabtiz university of medical sciences; 2006.
20. National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011. *Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention*; 2011:201.
21. Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F, et al. prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran national survey of risk factors for non-communicable diseases of Iran. *Diabetes care*; 2008; 31(1):96-98.
22. Cheng YJ, Imperatore G, Geiss LS, Wang J, Saydah SH, Cowie CC, et al. Secular changes in the age-specific prevalence of diabetes among US adults: 1988-2010. *Diabetes Care* 2013; 36(9): 2690-2696.
23. Mykkänen L, Laakso M, Uusitupa M, Pyörälä K. Prevalence of Diabetes and Impaired Glucose Tolerance in Elderly Subjects and Their Association With Obesity and Family History of Diabete. *Diabetes care* 1990;13(11):1099-1105.
24. Meneilly GS, Tessier D. Diabetes in elderly adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2001; 56(3):M5-M13.
25. Gregg EW, Engelgau MM, Narayan V. Complications of diabetes in elderly people: Underappreciated problems include cognitive decline and physical disability. *BMJ: British Medical Journal* 2002; 325 (7370):916.
26. Gregg EW, Mangione CM, Cauley JA, Thompson TJ, Schwartz AV, Ensrud KE, et al. Diabetes and incidence of functional disability in older women. *Diabetes care* 2002; 25(1):61-67.

27. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging* 2006; 21(1):140.
28. Zhang J. Risk factors for depression in older adults in Beijing. *Canadian journal of psychiatry* 2011; 56(8):466.
29. Golmakani E, Usefi MR, Tabatabaeichehr M, Ghanei zare F, Moayyed L, Hasan zadeh E, et al. Fall In Elderly: A Literature Review. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2013; 5 (Student Research Committee Supplementary):1159 -1164.
30. Pasdar Y, Gharetapeh A, Pashaie T, Alghasi S, Niazi P, Haghazari L. Nutritional status using multidimensional assessment in Iranian elderly. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2011; 15(3).
31. Taheri-tanjani P, Ghavam P, Raeesi Sh, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Motlagh MS, et al. Health status of elderly people in North Khorasan: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Diabetes & Metabolism* 2017, 16(4): 22-22
32. Aliabadi M, Kimiagar M, Ghayoor Mobarhan M, IlityFaizabadi AA. Prevalence of malnutrition and factors related to it in the elderly subjects in Khorasan Razavi province. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology* 2007; 2:45-56.
33. Kaiser MJ, Bauer JM, Rämisch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58(9):1734-1738.
34. Strategies to Achieve the Healthy People 2020 Annual Influenza Vaccine Coverage Goal for Health-Care Personnel: Recommendations from the National Vaccine Advisory Committee. *Public Health Rep* 2013; 128(1):7-25.
35. Yoo B-K, Kasajima M, Fiscella K, Bennett NM, Phelps CE, Szilagyi PG. Effects of an ongoing epidemic on the annual influenza vaccination rate and vaccination timing among the Medicare elderly: 2000-2005. *American journal of public health* 2009; 99 (S2):S383-S388.
36. Christenson B, Pauksen K, Sylvan S. Effect of influenza and pneumococcal vaccines in elderly persons in years of low influenza activity. *Virol J* 2008; 5(52):1-9.
37. Bridges CB, Harper SA, Fukuda K, Uyeki TM, Cox NJ, Singleton JA. Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report* *Recommendations and reports/Centers for Disease Control* 2003; 52(RR-8):1-34.
38. MacArthur C, Wilson D, Herbison P, Lancashire R, Hagen S, Tooze-Hobson P, et al. Urinary incontinence persisting after childbirth: extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *BJOG* 2016; 123(6):1022-9

HEALTH STATUS OF ELDERLY PEOPLE IN EAST AZARBAIJAN: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Parisa Taheri-Tanjani¹, Mehdi Varmaghani², Neda Nazari³, Farshad Sharifi^{3*}, Hossein Fakhrzadeh³, Seyed Masoud Arzaghi³, Mahtab Alizadeh-Khoei³, Mohamad Esmael Motlagh⁴, Mahdi Ebrahimi⁵

1- *Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

2- *Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*

3- *Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

4- *School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran*

5- *Endocrinology and Metabolism Research Center, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

ABSTRACT

Background: Elderly people need more receiving health services. Planning to provide services at regional and national levels requires information about the health status of the elderly. This study was performed to assess the health status of East Azarbaijan province.

Methods: In this cross-sectional study, 436 subjects were enrolled (180 men and 258 women) aged ≥ 60 years using multi-level proportioned cluster Random sampling from 19 cities of the province.

Data was collected by a demographic questionnaire, measuring anthropometric characteristics, and blood pressure and using "Mini Nutritional Assessment", "Geriatric Depression Scale-15", "Katz's Activity of daily living", and "Lawton's Instrumental activities of daily living".

Results: The mean age of the participants was 69.31 years. The self-reported prevalence of diabetes was 34.2%. The prevalence of hypertension in the elderly was 52.5%. The most common complaint of the participants was pain (60.9%). Totally, 46.9% had a difficulty in walking, 44.3% visually impaired, and 26.4% suffered from hearing impairment. Moreover, 44.8% of sleep disorders was found. Also 26% of the participants had depressed mood.

Conclusion: Elderly residents of East Azerbaijan province, has probably a better health status than the average Iranian elderly. However, there is a high prevalence of hypertension and diabetes among older adults of this province that need to more pay attention.

Keywords: Health status, East Azarbaijan, The elderly population

*First Floor, 10th number, Jalal-Al-Ahmad Street, Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran Iran, Postal code: 0055082947, Tel: 00982188220085, Email: farshad.sharifi@gmail.com